



Cuenta de Ahorros para la Salud Solicitud de Inscripción Individual

Por favor marque esta casilla si esta aplicación es para establecer de una cuenta conyugal para ponerse-al-dia usando una cuenta ya existente. Por favor proporcione el número de la cuenta principal ya establecida de Sterling HSA: _____

1. INFORMACIÓN ACERCA DE USTED *Por Favor Use Letra Imprenta y Clara. Conteste Todas Las Preguntas*

TITULAR DE LA CUENTA (CUENTA A NOMBRE DE)	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Dr.	
	_____ (Primer Nombre) (Inicial Segundo Nombre) (Apellido)	
DOMICILIO POSTAL	_____ (Domicilio - Calle)	
	_____ (Ciudad) (Estado) (Código Postal)	
	_____ (Número de Teléfono) (Correo Electrónico)	
INFORMACIÓN PARA CONTACTARME		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	LICENCIA DE CONDUCTOR/ PASAPORTE u otra identificación emitido por el Gobierno
		<input type="checkbox"/> Licencia de Conductor <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro _____

2. INFORMACIÓN ACERCA DE SU ESPOSO(A)

Si Aplica

NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		/ /
_____ (Primer Nombre) (Inicial Segundo Nombre) (Apellido)	____ - ____ - ____	

3. INFORMACIÓN ACERCA DE SU SEGURO DE SALUD*Conteste Todas Las Preguntas*

NOMBRE DE SU COMPAÑÍA DE SEGURO DE SALUD	SU DEDUCIBLE ANUAL <i>(Por Favor Marque Cobertura Individual o Familiar y Escriba la cantidad del deducible que usted tiene)</i>	FECHA EN QUE EMPEZÓ SU COBERTURA DEL PLAN DE SALUD
	<input type="checkbox"/> Cobertura Individual <input type="checkbox"/> Cobertura Familiar \$ _____	/ /

4. INFORMACIÓN ACERCA DE SU EMPLEADOR*Conteste esta sección solamente si está solicitando a través de su empleador.*

NOMBRE DE SU EMPLEADOR	PARA CONTACTAR A SU EMPLEADOR
	_____ (Nombre) (Teléfono) _____ Dirección Electrónica (email)

5. CONTRIBUCIÓN INICIAL Y HONORARIOS POR SERVICIOS*Por Favor Use Letra Imprenta y Clara. Conteste Todas Las Preguntas*

CONTRIBUCIÓN CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD (H.S.A. SEGÚN LAS SIGLAS EN INGLÉS)	<ul style="list-style-type: none"> • Contribución Mínima Inicial es \$100 • Contribución Máxima Anual es de acuerdo a los lineamientos del IRS • Contribución Máxima "Para Ponerse Al Día" para 55+ años de edad (Adicionalmente a de los arriba listados) 	\$
CARGOS DE APERTURA DE CUENTA	<ul style="list-style-type: none"> • \$25.00 cargos de apertura - una-sola - vez 	\$
SELECCIÓN DE PLAN	Por favor escoja su plan preferido y escriba la cantidad seleccionada: <input type="checkbox"/> Plan Estándar \$8.75 / Mes x 2 Meses = \$17.50 <input type="checkbox"/> Plan Económico \$2.50/ Mes x 2 Meses = \$5.00	\$
CANTIDAD TOTAL	La cantidad adeudada para abrir mi cuenta esta siendo: <input type="checkbox"/> Pagada con el cheque adjunto a Sterling H.S.A. <input type="checkbox"/> Pagada en la Lista de Cobros del Estado de Cuenta a mi Empleador adjunta a esta solicitud.	\$

6. CONTRIBUCIONES ADICIONALES

Complete esta sección solamente si usted, el titular de la cuenta, hará contribuciones adicionales a las contribuciones regulares que su empleador hará.

CONTRIBUCIONES ADICIONALES	Contribución Adicional	Pagos Son Planeados:	Método de Pago:
	\$	<input type="checkbox"/> Por Período de Pago <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Nómina

7. SOLICITAR UNA TARJETA DE DÉBITO*Opcional*

<input type="checkbox"/>	Al marcar esta casilla, por favor ordene una Tarjeta de Débito en mi nombre. Una tarjeta de Débito sera enviadas por correo a mi Domicilio postal en 10 días laborales desde la fecha de procesar esta solicitud.												
<input type="checkbox"/>	Al marcar esta casilla, por favor ordene una Tarjeta de Débito para mi(s) dependiente(s) listado abajo y envíenla a mi dirección postal. Cargos adicionales se aplicaran. <table border="0"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Nombre</td> <td>Numero Seguro Social</td> <td>Fecha de Nacimiento</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Nombre</td> <td>Numero Seguro Social</td> <td>Fecha de Nacimiento</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	Nombre	Numero Seguro Social	Fecha de Nacimiento	_____	_____	_____	Nombre	Numero Seguro Social	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____											
Nombre	Numero Seguro Social	Fecha de Nacimiento											
_____	_____	_____											
Nombre	Numero Seguro Social	Fecha de Nacimiento											

8. INFORMACIÓN DEL AGENTE DE SEGURO

_____	_____	Por favor entre el nombre de su Representante De Sterling HSA: _____
(Nombre del Agente de Seguro)	(Número de Licencia del Agente)	
_____	_____	
(Número de Teléfono)	(Domicilio Electrónico)	

9. RECONOCIMIENTO / CONTRATO CUSTODIAL*Requerido*

Este Formulario de Inscripción, una vez firmado por mí y aceptado por Sterling Health Services, Inc, reconoce mi recibo del Contrato de Administracion de Servicios de Salud Sterling y el Acuerdo Custodial. Estoy de acuerdo a estar ligado por los términos y las condiciones del Acuerdo Custodial que puede ser enmendado de vez en cuando. Mas aun, yo estoy de acuerdo que estaré ligado por cualquier condición o limitaciones en cuanto a mi Cuenta de Custodial establecida por Sterling HSA. Firmando este Formulario de Inscripción, consiento que se comparta la información financiera y otra informacion usada entre Sterling HSA y yo, con varios afiliados del Sterling HSA . Reconozco que el resumen de la información en cuanto a Cuentas de Ahorros de Salud está disponible en "www.SterlingHSA.com" para propositos informativos.

Firma del Titular de la cuenta - Dueño de la Cuenta

Fecha

Por Favor No Lo Envíe Por Fax! Su Firma Original con el Pago debe ser recibido para evitar demoras en procesar su solicitud.